

# monitor **VERSORGUNGS FORSCHUNG**

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung

Die Triologie:  
Online-Fachtagung „Strukturmigration mittels  
komplexer Intervention“ von IGiB StimMT

Mit freundlicher Empfehlung



„Bereitschaft, Versorgung neu zu denken“ (Nonnemacher)

„Über die Sonnen- und Schattenseiten bei Großprojekten“ (Noack)

„Die Kunst der „Evaluation komplexer Interventionen“ (Kerkemeyer)

## Teil 1: Online-Fachtagung „Strukturmigration mittels komplexer Intervention“ von IGiB StimMT

# Nonnemacher: „Bereitschaft, Versorgung neu zu denken“

Bei der Online-Fachtagung „Strukturmigration mittels komplexer Intervention“ von IGiB StimMT wurde mehr als deutlich, wie hochkomplex großangelegte Innovationsfonds-Projekte mit dem Anspruch, nicht nur ein Add-On zur Regelversorgung zu schaffen, sondern sie zum Besseren zu verändern, sind. In drei Workshops wurde nach einem Impulsvortrag von Lutz O. Freiberg, Geschäftsführer der IGiB StimMT gGmbH, und einer Videobotschaft von Ursula Nonnemacher, der Ministerin für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, mit dem Online-Plenum, dem teilweise über 100 Online-Teilnehmer folgten, diskutiert. Die Themen: „Ökonomische Dimensionen der Ambulantisierung“, „Sonnen- und Schattenseiten bei der Führung von Großprojekten des Innovationsfonds“ und die „Evaluation komplexer Interventionen“. Diese drei Themenbereiche stellt „Monitor Versorgungsforschung“ in einem Berichtskanon in den kommenden Ausgaben vor.

>> Ministerin Nonnemacher beschrieb in ihrem Grußwort die Probleme einer alternden Gesellschaft, insbesondere in einem ländlichen Raum mit einem wachsenden Strukturdefizit in entfernteren Regionen. Hier gelte es, die Versorgung im ländlichen Raum zu sichern und bei der Krankenhaus-Planung im engeren Sinn „mutig und sektorenübergreifend“ vorzugehen. Dazu gehört nach Worten der brandenburgischen Gesundheitsministerin nicht nur die Weiterentwicklung der Grundversorgungs-Krankenhäuser zur ambulant stationären Versorgung, auch die wohnortnahe Sicherstellung einer sicheren Erstdiagnose sei ein wichtiges Element. Zu all diesen Facetten sammelte das Modellprojekt in Templin wertvolle Erfahrungen. Wie etwa im Projekt „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“, das in den vergangenen vier Jahren wesentliche Maßnahmen für ein Ambulant-Stationäres Zentrum auf den Weg gebracht habe.

Dazu gehört für Nonnemacher indes auch die Re-Organisation der Akut- und Notfallversorgung mit einer Triage, einer Bereitschaftsdienst-Praxis und einer Überwachungseinheit. Mit den wichtigsten Partnern, den Ärzten im Mittelbereich Templin, seien zudem ambulante Sprechstunden und Behandlungspfade eingerichtet worden. Auch hätten sich vor Ort ansässige Ärzte zum Netzwerk „Gesund in Templin“ zusammengeschlossen, um so gemeinsam an der Gesundheitsversorgung zu arbeiten. Jedoch werde es künftig nicht weniger ärztliche Leistungen geben, vielmehr würden sich Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich verlagern.

Dies habe die brandenburgische Landesregierung schon in ihrem Koalitionsvertrag vorgesehen, indem sie sich nicht nur dazu verpflichtet habe, die Krankenhäuser der ländlichen Grundversorgung zu modernen Ambulant-Stationären Gesundheitszentren weiterzuentwickeln, und sich zudem ganz speziell für den Fortbestand des Gesund-



Abb. 1: Das Sana-Krankenhaus in Templin: Sichtbarer Nukleus einer Ambulantisierungs-Strategie.

heitszentrums Templin einzusetzen und zudem vergleichbare Ansätze in anderen Regionen zu unterstützen. Nonnemacher zeigte sich in ihrer Grußbotschaft überzeugt davon, dass das Ambulant-Stationäre Zentrum Templin, das am Ende des Projekts IGiB StimMT entstanden sei, hier „als Blaupause dienen“ kann. Auch würden die aus dem Projekt gewonnenen Erkenntnisse und angewandten Methoden die Übertragbarkeit in andere Regionen und Krankenhäuser mit einem vergleichbaren Setting“ ermöglichen. Doch weiß die Ministerin auch, dass es selbst mit ausreichenden finanziellen Ressourcen und vorhandenem Organisationsgeschick alleine nicht getan ist. Nonnemacher: „Sie brauchen dazu auch den Mut, Widerstände zu überwinden und die Bereitschaft, Versorgung neu zu denken und neue Wege zu gehen, dazu wünsche ich uns allen viel Kraft.“

### Was ist bedarfsgerechte medizinische Versorgung?

Schon bei dieser – aus der politischen Makroebene erfolgten – Auflistung von ineinander greifenden und obendrein interdependenten Maßnahmen wird deutlich,

wie komplex die Führung eines derartigen Großprojekts ist. Was dahintersteht, kennt niemand besser als Lutz O. Freiberg, der Geschäftsführer der IGiB StimMT gGmbH, die als Konsortialführer das Innovationsfonds-Projekt mit der laufenden Nummer 0001 – damit sozusagen mit der damit einhergehenden Lizenz zur besseren Versorgung – vor inzwischen vier Jahren gestartet hat und seitdem führt. Beim Großprojekt für die Strukturmigration in Templin im brandenburgischen Landkreis Uckermark geht es Freiberger Worten zufolge um nicht weniger als um die grundlegende Frage, wie „bedarfsgerechte medizinische Versorgung in ländlichen Regionen unter Beachtung der demografischen Entwicklung und der Krankheitslast“ künftig aussehen kann.

Dazu müsste die Frage beantwortet werden, welche Menschen in einer Region leben und zudem die, welche Bedarfe sie tatsächlich haben? Wie werden sie aktuell versorgt? Und: Wie kann man sie durch geeignete Instrumente ambulant vor stationär und zudem wohnortnah vor wohnortfern versorgen?

Laut Freiberg gehören dazu auch Unterstützungsleistungen wie Telemedizin, aber vor allem eine bessere Versorgung mit den

vorhandenen Ressourcen, doch anders al-  
loziert als in der klassischen sektoralen  
Versorgungs-Istsituation, wie sie vielfach  
in Deutschland zu finden sei. Freiberg: „Ein  
Ambulant-Stationäres Zentrum ist aber  
mehr als ein Krankenhaus und ein medi-  
zinisches Versorgungszentrum, man muss  
bereit sein, ambulant und stationär zusam-  
men zu denken und zu entwickeln.“

### Eine „Akzentverschiebung“

Genau das umschreibt den Grundge-  
danken, der hinter der Strukturmigration,  
exemplarisch gezeigt am Beispiel des Mit-  
telbereichs Templin, steht: die Ambulan-  
tisierung. Diese sei, so Workshop-Leiter  
Harald Möhlmann, Berater des Vorstands  
der AOK Nordost, eine „Akzentverschie-  
bung in Richtung auf eine prioritär am-  
bulante Versorgung“. Als Ökonom ergebe  
sich für ihn sofort nach der vordringlichen  
Klärung der Versorgungsqualität die Fra-  
ge der ökonomischen Dimensionen dieser  
Akzentverschiebung. Die Grundfrage der öko-  
nomischen Dimensionen sei unmittelbar zu  
erkennen: Betrachte man die Kosten der Ver-  
sorgung in einem Koordinatensystem, zeige  
sich, dass eine stetige Zunahme der stati-  
onären Versorgung mit einem überpropor-  
tionalen Anstieg der damit verbundenen  
Kosten einhergehe (blaue Kurve); dies sei  
bei einer stetigen Erhöhung der ambulanten  
Versorgung ebenso (rote Kurve). Aus diesen  
eher trivialen Zusammenhängen werde bei  
der Addition der beiden einzelnen Kurven  
zu den Kosten des Versorgungsmixes (grüne

Kurve) deutlich, dass „es einen Punkt gibt,  
bei dem der Versorgungsmix optimal ist“. Da  
nicht wenige Stimmen den heute beste-  
henden Versorgungsmix als suboptimal  
bewerten würden, sei es die große Kunst,  
den Punkt des heutigen Versorgungsmixes  
zu verschieben; und zwar in Richtung des  
Optimums, das wohl „ein bisschen mehr in  
Richtung einer Erhöhung des Anteils der  
ambulanten Versorgung liege“ – so lasse  
sich die Versorgung durch „Ambulantisie-  
rung“ verbessern.

Alleinschon anhand dieser doch recht vor-  
sichtigen Wortwahl Möhlmanns wird deut-  
lich, dass die hier durchzuführende Verschie-  
bung des Versorgungsmixes alles andere  
als trivial ist, denn sie muss nun einmal „ge-  
meinsamerarbeitet werden“. Möhlmann: „Bei  
dieser Erarbeitung ist man dann gleich  
mitten in den ökonomischen Dimensionen,  
die die Verbesserung der Versorgung durch  
Ambulantisierung bei den Krankenhäusern,  
den niedergelassenen Ärzten und vielen  
anderen an der Versorgung Beteiligten  
auslöst.“

### Der weite Weg zu langfristig bedarfsgerechten Strukturen

Einer dieser Hauptbeteiligten ist Chri-  
stian Quack, Geschäftsführer der Sana  
Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH,  
dessen Konzern, wie er in seinem Vor-  
trag ausführte, seit vielen Jahren in  
Templin ein kleines und zudem „hoch-  
defizitäres Krankenhaus der Regelver-  
sorgung“ gehört, das innerhalb des Innova-

tionsfonds-Projekts als Nukleus des Am-  
bulant-Stationären Zentrums fungiert.  
„Unabhängig von Trägerschaft und Öko-  
nomie“ müssen laut Quack, wenn denn  
das Haus einen vom Bundesland gesetz-  
ten Versorgungsauftrag zu erfüllen habe,  
langfristig bedarfsgerechte Strukturen  
geschaffen werden.

Generell sei vor Projektbeginn im Jah-  
re 2016 in der Fläche des Landes Bran-  
denburg ein hohes ambulantes Potenzi-  
al analysiert worden. Dies sei bedingt  
zum einen durch einen nachweisbaren  
Fachkräftemangel im Bereich der ge-  
sundheitlichen Versorgung, gepaart mit  
einem Bevölkerungsschwund und einer  
Überalterung der Gesellschaft in dieser  
Region, die zu geringeren stationären  
Auslastungen führen, wodurch wiederum  
aufgrund hoher Vorhaltekosten Defizite  
entstünden.

Dennoch seien solche Krankenhäuser  
in ländlichen Regionen wichtig, weil sie  
mit ihrem stationären Setting auch in die  
ambulante Versorgung eingebunden sind.  
Ohne sie würde in den Nicht-Regelarbeits-  
zeiten am Wochenende und nachts keine  
fachärztliche Versorgung zur Verfügung  
stehen. Dennoch scheint nach Worten von  
Quack das Weiterbestehen eines solchen  
Hauses bei sinkender Bevölkerungszahl  
und damit auch der Nachfrage „zunehmend  
fragwürdig“ zu sein. Wenn es denn keine  
Alternative gäbe, bei der im Zentrum „eine  
intersektorale Anpassung der Angebote  
nach der regionalen Nachfrage“ steht.

Es mag etwas verwundern, dass ein  
Krankenhaus-Manager wie Quack einer  
„Stärkung des ambulanten Angebotes“  
das Wort redet, wenn er auch gleich da-  
rauf hinweist, dass dies nur mit einer  
Schnittstelle und der Erhaltung des stati-  
onären Sektors funktionieren würde.  
Quack: „Dafür braucht es vor allem eine  
Koordinierungsstelle, welche die Pati-  
enten so steuert, dass sie bedarfsgerecht  
der jeweiligen Versorgung zugeführt wer-  
den, um so eine wohnortnahe Grundver-  
sorgung bei gleichzeitiger regionaler Not-  
fallversorgung zu gewährleisten.“

Beim Templiner Projekt stehe das so-  
genannte Ambulant-Stationäre Zentrum  
in der Mitte. Unter Beibehaltung des  
stationären Parts gebe es jedoch un-  
terschiedliche ambulante Leistungsan-  
gebote, im Notfall als auch elektiv über  
Sprechstunden und über ein Case- und  
Entlassmanagement gesteuert, das von  
einer eigens dafür aufgebauten Koordi-

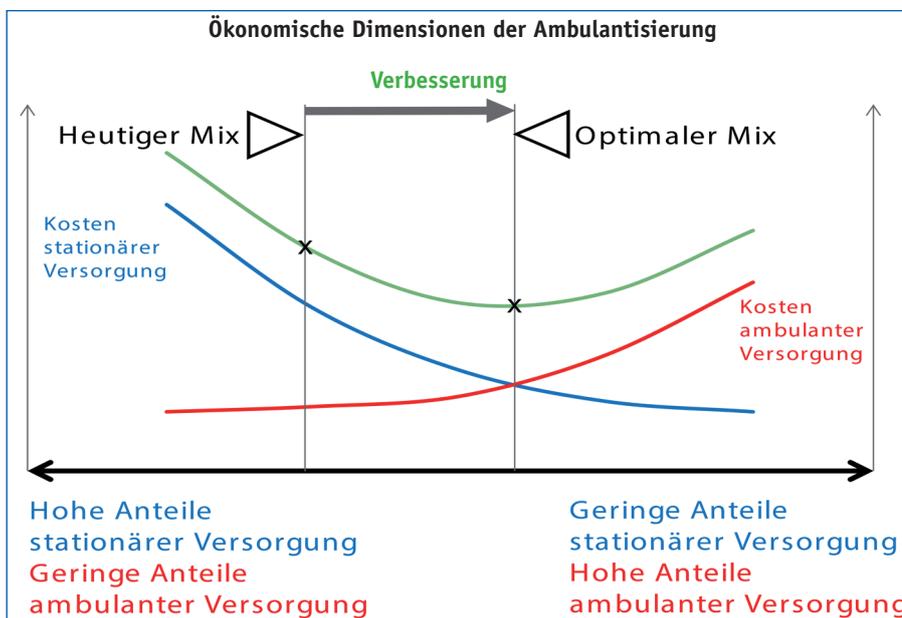


Abb. 2: Die ökonomischen Dimensionen der Ambulantisierung. Aus Vortrag: Möhlmann, gehalten anlässlich der Online-Fachtagung „Strukturmigration mittels komplexer Intervention“ der IGIB StimMT gGmbH.

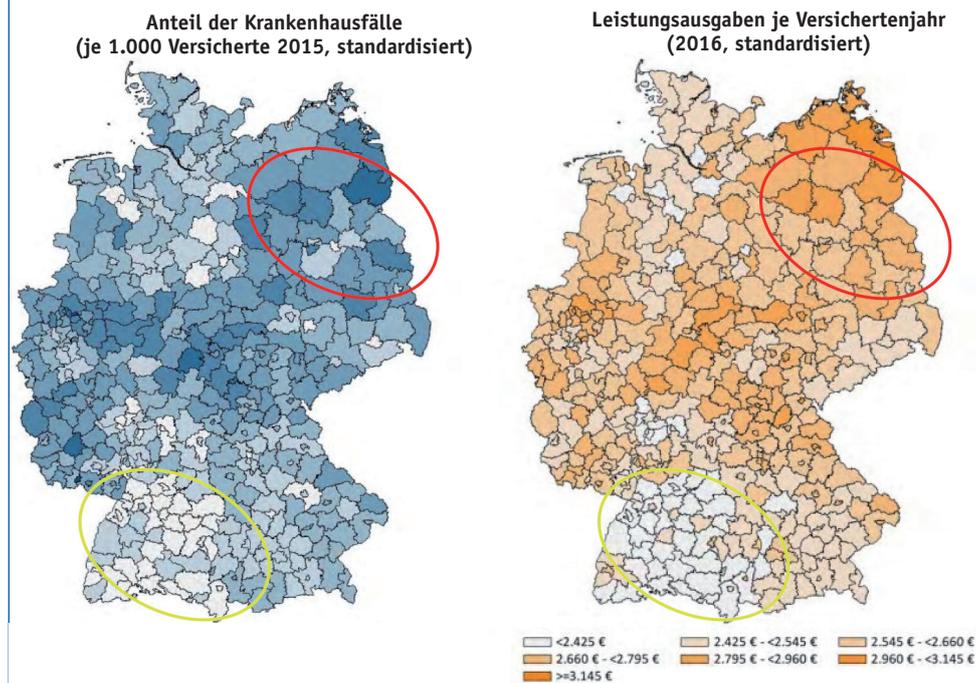
nierungsstelle übernommen wird. Dazu gehört aber auch eine Notfallüberwachung durch eine „Decision Unit“, die sicherstellen soll, dass Patienten bis zu 24 Stunden pro Tag betreut werden können. Zum Beispiel werden pädiatrische Notfallpatienten über eine telemedizinische Anbindung, die 24 Stunden 7 Tage die Woche mit einer Facharztpräsenz zur Verfügung steht, betreut. Sofern eine weitere stationäre Behandlung nötig ist, wird der Patient in ein Krankenhaus nach Eberswalde verlegt, wobei jedoch immer gelte: „wohnortnah ambulant vor stationär“. Und das funktioniert anscheinend, und zwar viel öfters als gemeinhin angenommen wird. Quack: „Viele der Patienten, die sicher in großen Teilen früher stationär versorgt worden wären, können im Rahmen der ‚Decision Unit‘ ambulant versorgt werden.“ Dem folgend sanken die stationären Fälle um rund 18 Prozent über einen Betrachtungszeitraum von drei Jahren.

Doch liegt es denn eigentlich überhaupt im ökonomischen Interesse eines Krankenhauskonzerns, abweichend – so Möhlmann – „von der These, dass nur ein gefülltes Bett ein gutes Bett ist“, ambulant tätig zu werden? Die salomonische Antwort von Quack: „Da muss man unterscheiden zwischen Ballungsräumen und Flächenländern mit einer abnehmenden Bevölkerungsstruktur.“ Hier seien Projekte wie jenes in Templin genau der richtige Weg. Wenn denn – und das ist wie so oft das große Aber – eine adäquate Kostendeckung hergestellt wird. Generell sei nun einmal die ambulante Vergütung deutlich geringer als die stationäre. Das könne, so Quack, „in der Folge nur bedeuten, die Kostenstruktur dahingehend anzupassen, um ähnlich wie Praxen agieren können.“

### Der Rechtsrahmen darf die Innovation nicht einschränken

Die Antwort von Michael Zaska, Abteilungsleiter Gesundheit im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, ist da recht eindeutig. Er sagte: „In Zeiten des Fachkräftemangels und in Zeiten, in denen wir uns überlegen müssen, wo die Budgets am besten eingesetzt sind, werden wir es uns auf Dauer nicht leisten können, mehrere Angebote unverbunden nebeneinander weiter zu betreiben.“ Dazu gehöre nun

## Stationäre Inanspruchnahme: ein Indikator hoher/niedriger Leistungsausgaben



**Abb. 3:** Die Ambulantisierungspotenziale in Brandenburg im bundesdeutschen Vergleich. Aus Vortrag: von Stillfried, gehalten anlässlich der Online-Fachtagung „Strukturmigration“. Quelle: Dröster et al. (2018) Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.

einmal auch, erst einmal zu lernen, dass es Ansätze gibt, wie die ambulante und stationäre Leistungserbringung physisch zusammen gedacht, an einem Ort erbracht und wie sie qualitativ abgestimmt erfolgen könne. Aber auch, wie man – selbst wenn sie „sehr mühevoll waren“, Wege findet, die Budgets, wenn schon „noch nicht zusammen zu führen“, so sie zumindest „zusammen zu denken“ und sie – wie beispielsweise in der Kindermedizin – „stationär und ambulant durchlässig zu gestalten“.

Das Templiner Projekt habe aber auch gezeigt, wo der Reformbedarf auf der Rahmenregelungsebene liege. Zaska: „Der Rechtsrahmen darf die Innovation nicht einschränken, sondern muss sie befördern. Das ist die Überschrift und die Leitlinie, wie wir hier weiter vorgehen.“ Er denkt dabei nicht nur an eine gemeinsame Budgetierung, sondern auch an eine regionale Budgetierung, vereint mit einer „gemeinsamen Beplanung“ der nötigen Leistungen, welche der Notwendigkeit folgt, das „Planungssystem auf die Leistungsebene weiterzuführen“. Hier sei man dann bei dem Punkt, wie eine einheitliche Vergütung für Leistungen aussehen könne, bei – so Zaska – einem „EBM plus“ oder einem „DRG minus“ oder Ähnlichem; gleich gefolgt von der Frage, wie der „Rechtsrahmen so gestaltet werden kann, dass er Innovation an der Stelle nicht einschränkt“. Möglich wäre, dies durch ein 90b-Gremium auf Landesebene zu regeln, das eine erweiterte Planungs- und verbindliche Verabredungs-

verantwortung wahrnehmen könne. Genau an so etwas werde derzeit im Bund-Länder-Gremium zur sektorübergreifenden Versorgung unter der Leitung des Bundesgesundheitsministers gedacht. Doch leider habe das Gremium zu diesem Themenkreis eine kleine Arbeitspause eingelegt, weil nachvollziehbarerweise in Corona-Zeiten andere Prioritäten gesetzt wurden.

Dennoch ist sich Zaska sicher, dass dieses Thema wieder aufgegriffen werde. Auch weil „Corona unterm Brennglas“ zeige, welcher hoher Innovationsdruck im System sei. Man müsse auf der Bundesebene festlegen, dass es nicht nur eine gemeinsame ambulante-stationäre Leistungserbringung geben, sondern wie diese – unabhängig vom physischen Betreiber – regional festgelegt werden kann. Beispielsweise könnten die Bundesländer in Kooperation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen diejenigen Regionen festlegen, wo solche Modelle grundsätzlich überlegenswert sind. In diesem Zusammenhang könnte auch das Thema der innovativen Gesundheitsregionen sinnvoll weitergedacht werden und einige Ideen des Templiner Projekts aufnehmen. Zaska: „Das Thema wird in der bundesweiten Debatte vor und nach der nächsten Bundestagswahl eine große Rolle spielen.“

### Die Logik der Versorgung verstehen und erkennen

Wenn man das möchte, muss man jedoch wissen, wo eine derartige Ambulantisierung überhaupt sinnvoll ist. Das weiß wiederum

Dr. Dominik von Stillfried, der Vorstandsvorsitzende des Zentralinstituts für die kasernenärztliche Versorgung (Zi), sehr genau. Um mögliche Ambulantisierungspotenziale ausschöpfen zu können, müsse man zuerst die Logik der Versorgung verstehen und erkennen, dass die stationäre und ambulante Versorgung wie kommunizierende Röhren funktionieren.

Generell gelte, dass eine hohe stationäre Inanspruchnahme ein Indikator für hohe oder niedrige Leistungsausgaben sei. So hat das Zi im Vorfeld des IGiB-Projekts beispielsweise analysiert, wo derartige Regionen im Land Brandenburg zu finden sind. Das sind zum einen Regionen, in denen deutlich überproportionale Belegungstage im Vergleich zum Bundesdurchschnitt zu verzeichnen sind, wie etwa in der Region Ostprignitz, in der die Belegungstage etwa 40 Prozent über dem Bundesdurchschnitt liegen. In der Region Prignitz sind es laut von Stillfried noch fast 30 Prozent und in der Uckermark rund 25 Prozent, ebenso wie in Frankfurt (Oder), der Oder-Spree-Region und der Stadt Brandenburg. Anders gesagt: Ambulantisierungspotenziale sind nicht überall in Brandenburg zu finden. Die Regionen Potsdam-Mittelmark und Cottbus liegen beispielsweise unter dem Bundesdurchschnitt, weshalb es sich lohne, sich „auf bestimmte Regionen zu fokussieren“. Das gilt nun nicht nur für das Land Brandenburg, sondern auch auf der Bundesebene. Von Stillfried: „Wenn wir die Problematik alleine durch die Demografie steigenden Gesundheitsausgaben irgendwie in den Griff bekommen möchten, müssen wir als Gegengewicht Ambulantisierungspotenziale ausschöpfen.“

Eine hohe stationäre Inanspruchnahme ist aber nur ein möglicher Indikator: Wahre Ambulantisierungspotenziale kann es immer nur dann geben, wenn einem (altersstandardisierten) stationären Inanspruchnahme-Niveau ein niedriges ambulantes Inanspruchnahme-Niveau gegenübersteht. Dazu hat das Zi in einem Koordinatensystem auf der x-Achse den standardisierten ambulanten Leistungsbedarf pro Kreis abgetragen und auf der y-Achse die Belegungstage im Krankenhaus dargestellt. Von Stillfried: „Daraus ergeben sich Verhältnisse.“ Wie zum Beispiel in der Region Ostprignitz, die schon als Problembereich bei den stationären Belegungstagen auftaucht – bundesweit fast als Spitzenreiter.

Der Blick auf niedrige ambulante und hohe stationäre Versorgungs-Niveaus, die ein generell „ausgeprägtes Ambulantisierungspotenzial“ vermuten lassen, muss laut

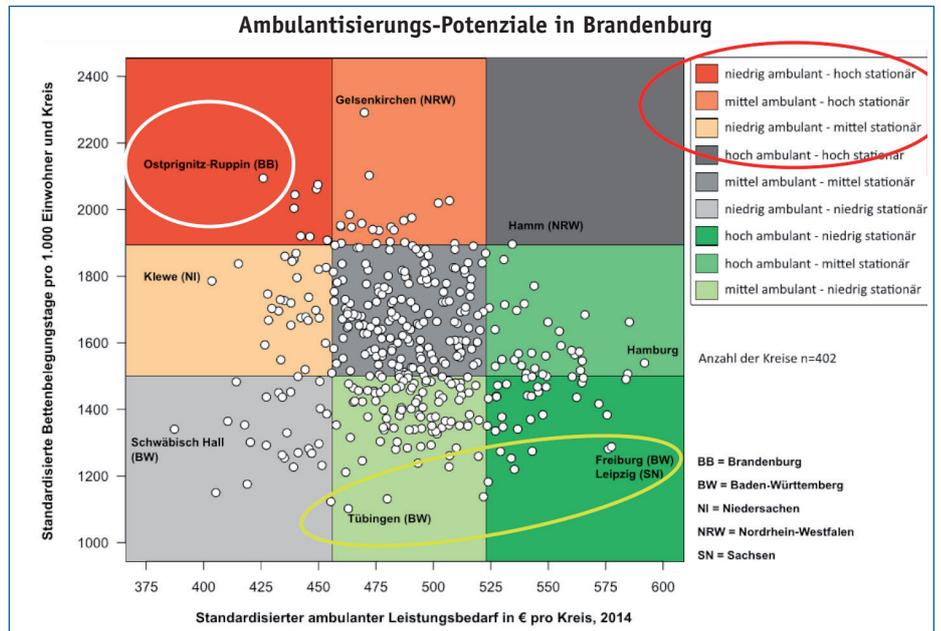


Abb. 4: Die Ambulantisierungspotenziale in Brandenburg im bundesdeutschen Best-Practice-Vergleich. Aus Vortrag: von Stillfried, gehalten anlässlich der Online-Fachtagung „Strukturmigration mittels komplexer Intervention“ der IGiB StimMT gGmbH.

von Stillfried jedoch erweitert werden. Und zwar um das Wissen um all jene Leistungen, die normalerweise stationär erbracht werden, die man aber gegebenenfalls auch in den ambulanten Bereich verlagern könnte. Diese recht komplexen Vorgänge beschreiben sogenannte „ambulant-sensitive Konditionen“, zu dem Prof. Dr. Leonie Sundmacher in einem von Zi geförderten Projekt bereits vor fünf Jahren einen aussagekräftigen Katalog für Deutschland veröffentlicht hat, in dem all diejenigen Indikationen beschrieben wurden, die „bei guter ambulanter Behandlung nicht viel oder nur selten im Krankenhaus behandelt werden“ müssen. Sundmacher hat in dieser Arbeit aber auch abgeschätzt, welcher Anteil der tatsächlich beobachteten stationären Fälle möglicherweise vermeidbar ist. So werden bei häufigen Indikationen, wie ischämischen Herzkrankheiten und Herzinsuffizienz – so von Stillfried – rund „zwei Drittel bis drei Viertel der heutigen Fälle als potenziell vermeidbar angesehen, wenn eine entsprechende ambulante Versorgung verfügbar“ ist.

Dies unterstreicht eine im Auftrag des Zi erstellte Untersuchung des IGES Instituts. Hier wurde herausgefunden, dass im Krankenhaus 80, 90 und sogar 95 Prozent diagnostische und nichtoperative Maßnahmen stattfinden, die zu einem großen Anteil auch ambulant erbracht werden könnten. Wenn man sich nun im IGES-Gutachten die Verteilung dieser ASK-Fälle in Brandenburg ansieht, tauchen erneut die bereits bekannten Problemregionen auf: Ostprignitz, Prignitz, Uckermark, ergänzt noch von der Region Elbe-Elster. „Auch das spricht dafür, dass hier tatsächlich ein ambulantes Versorgungsdefizit vorliegt, das gehoben werden

könnte, in dem die stationären Fälle reduziert werden“, sagte dazu von Stillfried.

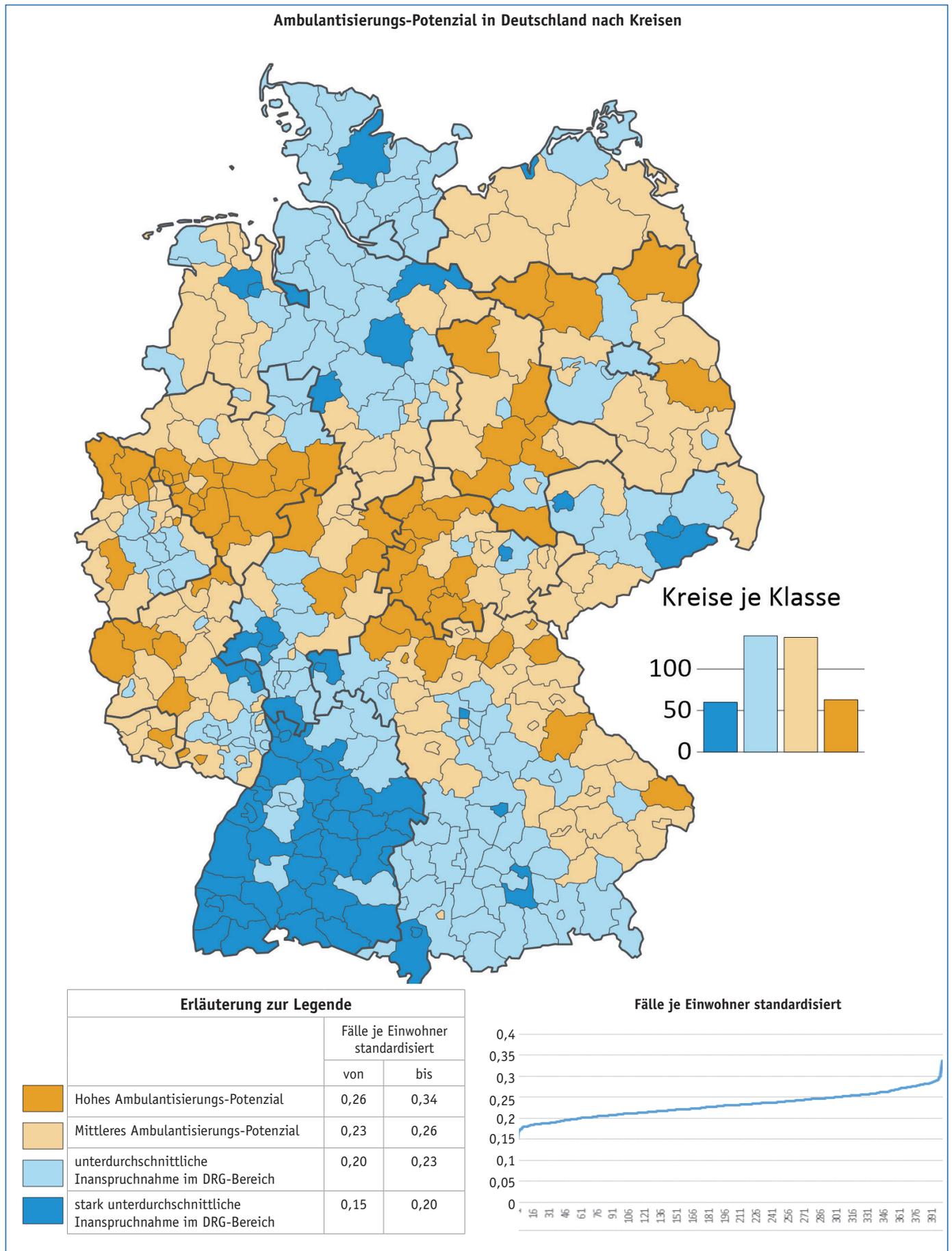
Um den besonderen ambulanten Versorgungsbedarf noch besser quantifizieren und um bessere Hinweise geben zu können, wo und wie man in den ambulanten Bereich investieren müsste, hat eine gesonderte Zi-Analyse für das Projekt in Templin herausgefunden, dass in Templin zum Beispiel ein hoher kardiologischer Versorgungsbedarf besteht. Dieser wurde abgebildet durch den Indikator Schrittmacherkontrolle, der ein Drittel höher als im Bundesdurchschnitt liegt und fast dreimal so hoch wie in bundesdeutschen Best-Practice-Regionen wie etwa in Baden-Württemberg, die – so von Stillfried – „das ambulante Potenzial in Deutschland schon sehr weit ausgeschöpft haben“.

Wie kann man nun das ökonomische Potenzial der Ambulantisierung quantifizieren? Von Stillfrieds Antwort: „Wenn wir in Brandenburg die Versorgung auf das ambulante-stationäre Niveau bringen würden, wie es im Bundesdurchschnitt vorliegt, hätten wir ein potenzielles Einsparvolumen von rund 125 Millionen Euro.“ Nähme man jedoch das Niveau der Best-Practice-Region Baden-Württemberg wären es fast dreimal so viel, was nichts anderes heißt, als dass es durchaus „ein deutlich ausgeprägtes ökonomisches Einsparpotenzial“ gibt, das auch gewisse Investitionen in den ambulanten Bereich rechtfertigen würde. Aber auch eine gemeinsame Kapazitätsplanung und eine Krankenhaus-Budgetverhandlung, die laut von Stillfried „tatsächlich das Mandat hat, die Ambulantisierung voranzutreiben“, inklusive einer einheitlichen Vergütung ambulant erbringbarer Leistungen. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Nonnemacher: ‚Bereitschaft, Versorgung neu zu denken‘“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/20), S. 24-29; doi: 10.24945/MVF.06.20.1866-0533.2259



**Abb. 5:** Übersicht der Kreise mit dem höchsten Ambulantisierungs-Potenzial in Deutschland. Quelle: Berechnung der Fallzahl je Einwohner nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung durch das Zi, Datengrundlage: DRG-Daten des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2018.

Teil 2: Online-Fachtagung „Strukturmigration mittels komplexer Intervention“ von IGiB StimMT

## Über die Sonnen- und Schattenseiten bei Großprojekten

Bei der Online-Fachtagung „Strukturmigration mittels komplexer Intervention“ von IGiB StimMT, die Ende letzten Jahres stattfand, wurden in drei Workshops zum einen die „Ökonomische Dimensionen der Ambulantisierung“ (Teil 1, MVF 06/20), zum anderen die „Evaluation komplexer Interventionen“ (wird in MVF 02/21 publiziert) und zum Dritten die „Sonnen- und Schattenseiten bei der Führung von Großprojekten des Innovationsfonds“ thematisiert. Diesem Thema widmet sich dieser Teil der Berichts-Triologie.

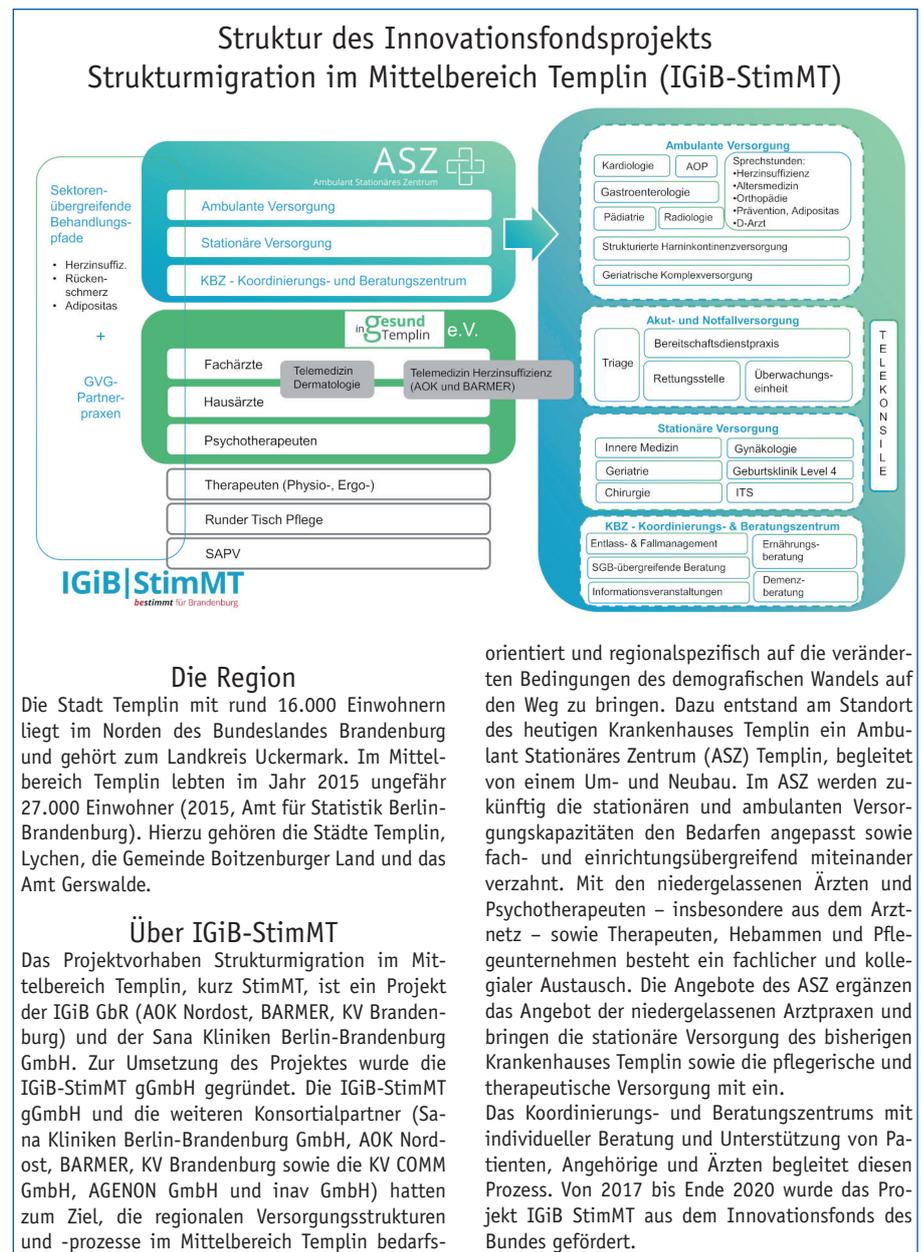
>> „Das Templiner Projekt ist ein sehr lebhaftes Projekt.“ Mit diesen Worten begann MUDr./CS Peter Noack, der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg seinen durchaus sehr persönlichen Rückblick auf die letzten knapp vier Jahre, in denen er mitverantwortlich war für das Innovationsfondsprojekt „Strukturmigration im Mittelbereich Templin, kurz IGiB-StimMT. In diesen annähernd vier Jahren, in denen Noack die Verantwortung für die Führung der KV Brandenburg (und damit auch des Großprojekts) von seinem Vorgänger Dr. med. Hans-Joachim Helming übernommen hatte, wurden für dieses eine Innovationsfondsprojekt wöchentliche Jour Fixe des Führungskreises (Gesamtprojektleitung und Projektkoordination), eine 14-tägige Teilprojektleiterrunde (Projektkoordination und Teilprojektleiter) sowie viele Sitzungen des Lenkungsgremiums (KVBB/BARMER/AOK Nordost/Sana/AGENON – davon mehrere inklusive hochrangigen Vertretern des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, kurz MSGIV) durchgeführt. Darauf rückblickend – so Noack – „habe ich versucht, aus diesem Leben ein paar Schlüsse zu ziehen und Informationen darüber zu geben, wo in diesem Projekt die Sonnen- oder Schattenseiten zu finden waren“.

**Noack: „Sehr erfolgreich ans Netz gebracht“**

Derlei Schattenseiten gab es viele. Doch gab es dazwischen im Laufe der Zeit auch etwas Sonne. Zu den Schattenseiten zählte Noack als erstes die Probleme, die durch die Förderstruktur und eine damit einhergehende hohe Bürokratielast aufkamen, wie etwa den verspäteten Projektstart durch eine verspätete Auszahlung der Fördergelder, die lange Bearbeitungszeit von Änderungsanträgen und Genehmigungen durch den Projektträger DLR sowie die vielen durch diesen geforderten Zwischenberichte und Statusmeldungen. Er nannte aber

auch ehrlicherweise eigene Problemfelder, so zum Beispiel den Wechsel der Gesamtprojektleitung (von Helming auf den heutigen IGiB-StimMT-Geschäftsführer Lutz O. Freiberg und ihn), die durchaus (und gewiss nicht verwunderlich) diversen Interessenlagen im Konsortium und das, was eigent-

lich alle großen Innovationsfondsprojekte gleichermaßen betrifft: die langwierige und überhaupt nicht triviale Teambildung in derartigen Großprojekten. Das Ganze oben drein garniert durch externe Problemfelder, vor allen Dingen die rasante Entwicklungen der Digitalisierung sowie auf der Bundes-



ebene inklusive der entsprechenden Gesetzgebungsverfahren, die zur elektronischen (seit Januar dieses Jahres endlich gestarteten) Patientenakte geführt haben. All das hat das eigene Teilprojekt mit dem geplanten Aufbau einer eigenen IT-Plattform und einem dazu gehörenden Clinical Data Repository nicht nur weit überholt, sondern auch unnötig gemacht.

Doch trotz all dieser Problemfelder und Schwierigkeiten ist das Projekt nach Noacks Sicht „sehr erfolgreich ans Netz gebracht“ worden, spricht aktiv als Koordinierungs- und Beratungszentrum mit einer für Deutschland ganz neuen Struktur, die durch ein auf Patienten und deren Bedarfe ausgerichtetes Ambulant-Stationäres Zentrum gebildet wird. Noack: „Das Zentrum ist von Patienten sehr gut angenommen worden.“ Das habe dazu beigetragen, dieses Projekt in der Öffentlichkeit positiv darstellen zu können; doch ausschlaggebend sei der Fakt gewesen, dass damit „eine neue Struktur aufgebaut wurde, die der Bevölkerung wirklich von Nutzen ist“.

Doch gleichermaßen auch für die ambulant tätigen Ärzte vor Ort, die „sich neu zusammengefunden“, unter anderem ein Ärztenetz gegründet und „sehr aktiv an dem Projekt mitgearbeitet“ hätten. Aber eben nicht wie früher jeder für sich allein, sondern in eine neue Struktur eingebunden, die Kontakte zu den stationär tätigen Kollegen nicht nur vorsieht, sondern tatsächlich auch strukturiert bietet. Noack: „So sind wir guter Hoffnung, dass sich unser Ambulant-Stationäres Zentrum in der ärztlichen Versorgung, die dann in ärztlicher Hand ist, verstetigen wird und sehr zukunftssicher gestaltet ist.“ Immerhin sind über das Projekt aktuell 10.439 Patienten aufgeklärt, was nicht nur circa 40 Prozent der Einwohner des Mittelbereiches Templin entspricht, sondern auch rund 80 Prozent der tatsächlich zu behandelnden Population (12.998 Personen).

### Matthesius: „Der Rechtsrahmen schränkt den Innovationsgeist ein“

Auch Dr. Gregor Matthesius, der für den Konsortialpartner BARMER zuständige und im Projekt stark involvierte Leiter Verträge der zuständigen Landesvertretung Berlin/Brandenburg, wusste von allerlei Schattenseiten zu berichten. Er nannte hier ähnlich wie Noack einen „enormen administrativen Aufwand bei der Kommunikation mit dem Förderer, was unter anderem zu zeitlichen Verzögerungen führen würde. Doch dann

gleich den zur Umsetzung derartiger Projekte bestehende Rechtsrahmen, die nicht nur den Innovationsgeist, sondern auch die mögliche Überführung in die Regelversorgung einschränke. Denn, so Matthesius: „Innovation muss nicht immer bedeuten, wir machen etwas komplett neu, sondern auch Bestehendes anders“. Innovativ könne es auch sein, „dass man Sachen, die es schon gibt, neu kombiniert und neu aufstellt und miteinander verzahnt“, wie es eben gerade beim Projekt der Strukturmigration in Templin der Fall sei.

Erschwerend komme jedoch hinzu, dass die Definition der Regelversorgung und deren Abgrenzung keinesfalls klar sei. Matthesius: „Das ist etwas, das wir lernen mussten: Es ist alles andere als einfach, vielversprechende oder auch gut funktionierende Projektbestandteile umzusetzen, einfach weil es Beschränkungen hinsichtlich der Förderfähigkeit gibt, die es schier unmöglich machen, einzelne Komponenten, die sinnvoll und auch umsetzbar wären, in die Praxis zu überführen.“

Matthesius sprach in seinem Vortrag aber auch ein ganz grundlegendes, in vielen derartiger Projekte zutage tretendes Problemfeld an: Generell sei von vorneherein die Anlaufzeit unterschätzt worden. Das ist etwas, was der BARMER-Manager gut beurteilen kann: Immerhin ist seine Kasse an insgesamt 83 Innovationsfondsprojekten beteiligt, davon 49 Projekte, die den Neuen Versorgungsformen zuzurechnen sind, ergänzt durch 34 Projekte im Bereich der Versorgungsforschung. Dass ein Projekt aufgrund oft verspätet eintreffender Förderzusagen später als geplant starten könne, sei nicht das Schlimme. Problematisch sei jedoch, dass der Förderer damit nicht gleichzeitig die Förderzeit verlängere. „Wir sehen bei vielen

Projekten, dass das am Ende dazu führt, dass die Zeit knapp wird.“ Dies betreffe vor allem die Einschreibezahlen, die man benötige, um zu den prognostizierten Ergebnissen zu kommen. Diese wären in der veranschlagten Projektzeit grundsätzlich möglich, aber nicht in einer verkürzten. Gleiches gelte für die Zeit der tatsächlichen Intervention. Laut Matthesius gäbe es bei einzelnen Projekten zwar die Möglichkeit, die Projektlaufzeit zu verlängern, doch sei die Förderdauer insgesamt reglementiert. Insbesondere bei Projekten, bei denen Strukturen verändert werden müssen, sei es mittlerweile offenkundig, dass diese Zeit zu kurz getaktet sei, um zum gewünschten Ziel zu kommen; insbesondere dann, wenn – wie beim Projekt der Strukturmigration Templin – es sich nicht nur um eine komplexe Intervention handele, sondern auch um eine, die „an die Grenzen der manifestierten sektorierten Welt“ komme. Einer dieser Grenzpfiler ist die „sektorübergreifende Vergütung“, die laut Matthesius in einigen der Innovationsfondsprojekte, an der seine Kasse beteiligt sei, eine große Rolle spiele. Doch gebe es hier „noch keine Lösungen, derer es aber bedarf“.

Als weitere Großbaustelle nannte der BARMER-Manager das Thema der Finanzierung, nicht nur im Verlauf eines Projekts, sondern ganz speziell im Anschluss an ein Projekt. Hier gebe es drei Lücken. Die erste entstehe schon in dem Moment, an dem im Rahmen eines Projektes die fondsseitige Finanzierung des Einschlusses der Versicherten in die entsprechenden Prozesse endet. Ab diesem – oft recht frühen – Zeitpunkt, könne dieser Part „im Prinzip über Fondsgeld nicht mehr gefördert“ werden. Die zweite Lücke schließt sich Matthesius Worten zufolge gleich nach Beendigung des Projektes an. Zu diesem Zeitpunkt sei zwar das Projekt offi-

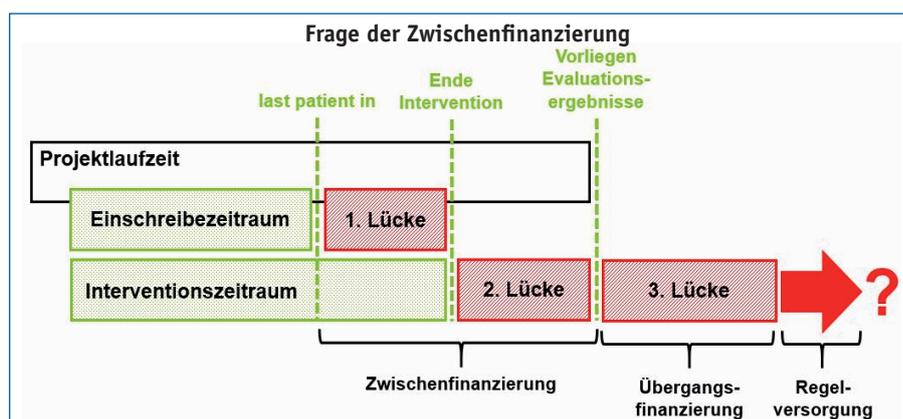


Abb. 1: Frage einer Zwischenfinanzierung. Aus Vortrag: Matthesius, gehalten anlässlich der Online-Fachtagung „Strukturmigration mittels komplexer Intervention“ der IGiB StimMT gGmbH.

ziell abgeschlossen, doch laufe ab hier die Evaluation, die dann auch noch beim Fördermittelgeber eingereicht werden müsse. Die dritte Lücke schließe sich an, wenn die Evaluation vorliegt, aber die vom Innovationsausschuss zu treffende Entscheidung, ob das Projekt in die Regelversorgung überführt wird oder nicht, andauert. Dieser Zeitablauf sei bei der Konstruktion und der Implementierung des Innovationsfonds nicht beachtet worden, spiele aber in der Praxis bei all ihm bekannten Projekten eine große Rolle. Daher lautete seine Forderung, dass der hier sichtbar werdende grundlegende Konstruktionsfehler, insbesondere beim Thema der Zwischenfinanzierung, angegangen werden müsse.

Auch sei die Frage der Überführung in die Regelversorgung zu lösen; ganz besonders dann, wenn „es keine Möglichkeit mehr gibt, die Regelversorgung alter Art und die neue Versorgung nebeneinander zu führen“, weil durch ein Projekt die Versorgungsstruktur derart verändert worden sei, dass es im Prinzip nur noch die neue Versorgung gibt. Matthesius: „Das ist dann eben die neue Regelversorgung, wobei es keine Möglichkeit mehr gibt, sie abzuwählen.“ Diese neue Regelversorgung müsse ebenso für alle Versicherten der GKV oder allen Patienten

in einer Region zugänglich sein, was sich mit selektivvertraglichen Lösungen kaum mehr abbilden lasse, weil dies zu einer enormen Mehrbelastung führen würde.

**Hildebrandt: „Ist das Verfahren, das mit dem Innovationsfonds gewählt wurde, das richtige Verfahren?“**

Das weiß niemand besser als Dr. h.c. Helmut Hildebrandt. Der Vorstandsvorsitzende der OptiMedis AG sieht Innovation im Schumpeterschen\* Sinne nicht nur als etwas revolutionär Neues, sondern auch „als ein Stück Zerstörung bestehender, oft nicht effizienter Strukturen“, die durch neue erfolgreichere Produktionsfunktionen ersetzt werden, die besser in der Lage seien, den gesellschaftlichen Anforderungen zu genügen.

Hildebrandt hat zwar mit der Templiner Strukturmigration an sich nichts zu tun, steuert und implementiert aber mit seinem Unternehmen diverse größere, zum Teil auch ähnlich geartete innovative Projekte (seit 2005 im Kinzigtal, seit 2017 in Billstedt/Horn und Nijkerk in den Niederlanden, seit 2019 im Werra-Meißner-Kreis und im britischen Hampshire sowie ab 2020 im Schwalm-Eder-Kreis), weshalb er auch zur IGiB-Veranstaltung geladen

war. In seinem Vortrag „Gegen den Strom: Nutzung des Innovationsfonds zur Transformation des Gesundheitswesens“ betonte er, dass der Innovationsfonds nicht auf Innovation (im Schumpeterschen Sinne) ziele, sondern „auf eine komplementäre Ergänzung zur klassischen Regelversorgung“. Dies sei auch den im deutschen Gesundheitswesen seit Jahren herausgebildeten und verfestigten Strukturen und – so Hildebrandt – „Pfadabhängigkeiten, wie ein Wirtschaftswissenschaftler sagen würde“, geschuldet. Da dadurch jedoch das Gesundheitswesen „sehr stark, aber auch sehr behäbig“ sei, wäre die Frage, ob „das Verfahren, das mit dem Innovationsfonds gewählt wurde, das richtige Verfahren ist, um zu wirklichen Innovationen zu kommen?“

Darum sei es überhaupt nicht verwunderlich, dass meist genau die Projekte vom Innovationsfonds gefördert würden, die der klassischen Regelversorgung ein kleines Add-on aufsetzen, um so eine gewisse Optimierung und Verbesserung zu erzeugen. Das aber widerspreche dem politischen Auftrag des

**\* Joseph Alois Schumpeter**

(\*8. Februar 1883, † 8. Januar 1950) war ein österreichischer Nationalökonom und Politiker. Er gilt als einer der herausragenden Ökonomen des 20. Jahrhunderts.

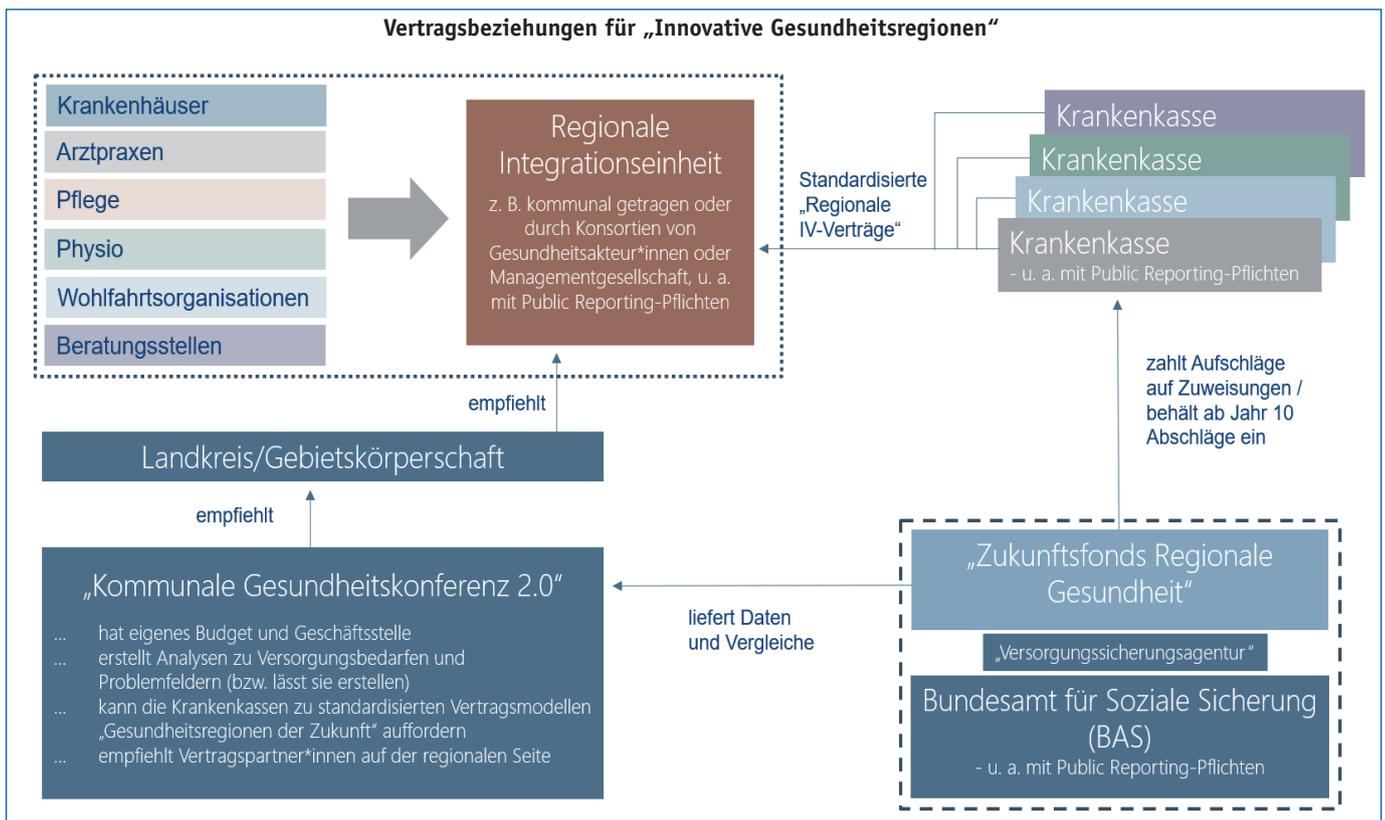


Abb. 2: Vertragsbeziehungen für „Innovative Gesundheitsregionen“. Aus Vortrag: Hildebrandt, gehalten anlässlich der Online-Fachtagung „Strukturmigration mittels komplexer Intervention“ der IGiB StimMT gGmbH.

Stegmaier, P.: „Über die Sonnen- und Schattenseiten bei Großprojekten“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/21), S. 14-19; doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.01.21.1866-0533.2271>

G-BA, der selbst auf seiner Webseite darstellen würde, dass es beim Innovationsfonds darum geht, „über die bisherige Regelversorgung hinausgehende Projekte zu entwickeln, die zur Verbesserung der bestehenden Versorgung geeignet sind“. Dies endete in der berühmten und vielfältig diskutierten Aussage, dass der beim G-BA angesiedelte Innovationsausschuss bei der Förderung Neuer Versorgungsformen nach Abschluss der geförderten Vorhaben einen Beschluss mit Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung fassen würde. Hildebrandts rhetorische Frage: „Was machen wir denn, wenn die sektoral getrennte Regelversorgung das eigentliche Problem ist?“ Und weiter: „Reichen die Bedingungen und Strukturen des Innovationsfonds dafür aus? Oder ist das ganz normale Leben? Hildebrandt: „Reales Leben ist sperrig, ist widerspenstig. Das zeigt sich gerade darin, dass das, was heute gedacht wird, in drei Jahren eventuell schon gar nicht mehr hundertprozentig richtig ist.“

Wenn man all das zusammennehme, erkenne man, dass nicht nur die Entscheidungsstruktur ein Problem sei, sondern auch, dass die Vertreter der heutigen Sektoren mit über die Projektanträge entscheiden. Damit bleibe ein Projektantrag, der sektorenübergreifend denkt und etwas in der Gefahrenzone entwickelt, das die Interessen der jeweiligen Sektorenvertreter tangiert, „gar nicht ankommen kann“. Anders gesagt: „Die Entscheidungsträger müssten über ihren eigenen Schatten und ihre eigenen Interessen hinweg das Gemeinwohl nach vorne stellen, und das ist eine sehr hohe Anforderung.“

Als Problemfelder bezüglich der Umsetzungsprojekte bezeichnete Hildebrandt zusammenfassend folgende Punkte:

- Entscheidungsstruktur: Die Vertreter der Sektoren entscheiden mit über die Projektanträge
- Krankenkassen: Pflicht zur Beantragung mit mindestens einer Krankenkasse/Beteiligung weiterer Krankenkassen?
- Studienart/Forschungsmodell: Evaluiert wird auf der Basis des Antragskonzepts
- aufwändige Beantragungsverfahren bei Veränderungen
- Zu kurze Dauer: Evaluation als Voraussetzung der Beurteilung (d.h. Projektende vor Beurteilung)
- Überführung in Regelversorgung: Konflikt mit den Fehlanreizen der Regelversorgung => Fortsetzung der Fehlanreize

Aus all diesen Punkten, besonders durch ihr Zusammenspiel, folgte er, dass wirkliche Innovationen, die zum Teil auch erst im Konflikt und der Weiterentwicklung gegenwärtiger Strukturen entwickelt werden könnten, notwendigerweise eher einem Suchprozess folgten und im Real-Life auch mal Umwege fahren müssten, eben „fast nur über Umwege möglich“ seien.

Genau darum geht der OptiMedis-Gründer bei einigen seiner Projekte einen Sonderweg. „Das ist nicht ganz einfach, aber es gibt sie“, erklärte Hildebrandt und verwies dabei auf ein Projekt in Nordhessen namens „Gesunder Werra-Meißner-Kreis“. Dieses Projekt wird explizit nicht über den Innovationsfonds finanziert, sondern über Banken und stille Gesellschafter organisiert. Das sind meist regional ansässige Unternehmen, die ein positives Interesse an der Gesundheit der Mitarbeiter und deren Familien haben. Ergänzend dazu gebe es die Möglichkeiten einer Impact-Finanzierung, ergänzend aber auch Sozialinvestitionen und Wandelanleihen.

„Wenn wir aus der Forschungsdenke hinaus in eine Finanzierungsdenke gehen“, berichtete Hildebrandt aus eigener Erfahrung, „dann riskieren wir zwar etwas, weil wir für unser Tun auch haften müssen, doch können solche Modelle eine gute und auch notwendige Lösung sein, um zu einem Investment in die Versorgungstransformation und Nachhaltigkeit zu kommen“.

### Jäger: „Das Projekt vor dem Großprojekt“

Ähnliche Erfahrungen macht auch Dr. Carsten Jäger, der Gründer und Geschäftsführer der Jäger Gesundheitsmanagement GmbH (JGM), der ebenfalls zum IGiB-StimMT-Workshop geladen war. Er berichtete in seinem Impulsreferat über das „Projektmanagement im Innovationsfondsprojekt IdA“ (Interdisziplinäre demenzsensible Akutversorgung – sektorübergreifend).

Im Fokus dieses vom Innovationsfonds geförderten Projekts stehen Menschen mit akut behandlungsbedürftiger somatischer Erkrankung und kognitiven Einschränkungen mit der Nebendiagnose Demenz. Ziel ist die Optimierung der stationären Versorgung unter systematischer Vernetzung mit der ambulanten Versorgung. Dabei ging er gar nicht so sehr auf das Projekt selbst ein, und auch nicht auf die Mammutaufgabe, dass die geplante Patientenversorgung ab Mai 2020 coronabedingt zwingend ver-

schohen werden musste, sondern auf „das Projekt vor dem Großprojekt“. Seine Aufzählung der des von ihm dokumentierten Zeitaufwands vor Förderbeginn sollte so manchen nachdenklich werden lassen, der sich mit derartigen Großprojekten befassen will: Alleine vor der Förderung seien laut Jäger bei ihm rund 1.230 „Personenstunden“, umgerechnet 154 „Personentage“ angefallen:

- Erste Gespräche Ende 2016 (Einreichung am 19.03.2018)
- Förderbeginn zum 01.07.2019 (Verschiebung auf 01.10.2019)
- Begleitung der Konzeptionierung und Antragstellung durch AGENON und JGM
- 12 Arbeitsgruppensitzungen mit je 8-10 Teilnehmern zu je 3-4 Stunden
- Diverse Unterarbeitsgruppensitzungen und Telkos
- 6 Lenkungsgremiumssitzungen mit je 12-14 Teilnehmern zu je 2-3 Stunden

„Das macht ungefähr den Arbeitsaufwand eines Dreivierteljahrs einer Vollzeitstelle aus, den man benötigt, um eine Konzeptidee antragsreif in die Strukturen des Innovationsfonds zu bringen“, rechnete Jäger vor. Dann aber geht es erst los. Um Großprojekte managebar zu halten, plädierte er dafür, dass nicht mehr als sieben bis neun Partner in ein Projekt aufgenommen werden. Das ist ungefähr die Zahl der Hauptakteure, die bei IdA und bei IGiB-StimMT aktiv sind, doch – so Jäger – „viel mehr sollten es nicht werden“. Generell sei eine klar kommunizierte Aufgaben- und Rollenverteilung im Management das A und O – „jeder muss wissen, was er zu tun hat“. Dies müsse dann nachgehalten, terminiert und protokolliert werden, damit alle Detailschritte und Entscheidungen nachvollziehbar sind. „Dann kann auch ein Großprojekt funktionieren“, sagte Jäger, der aber auch weiß, dass man dazu neben einer hohen Frustrationstoleranz „auch ein gewisses Vertrauen in die Kompetenzen der einzelnen Partner“ haben müsse, die im Laufe der Zusammenarbeit entstehen könne – „und die wir in unserem Konsortium mittlerweile auch haben“. Sein Fazit lautete daher: „Innovative Großprojekte im Gesundheitswesen mit zwei bis drei oder auch vier Millionen Euro Jahresumsatz benötigen (wie ganz normale wirtschaftliche Unternehmen auch) klare Organisationsstrukturen und müssen professionell gemanagt werden, um erfolgreich zu sein.“ <<

von: MVF-Chefredakteur  
Peter Stegmaier

Teil 3: Online-Fachtagung „Strukturmigration mittels komplexer Intervention“ von IGiB StimMT

## Die Kunst der „Evaluation komplexer Interventionen“

Die Online-Fachtagung „Strukturmigration mittels komplexer Intervention“ von IGiB StimMT war in drei Workshops gegliedert: „Ökonomische Dimensionen der Ambulantisierung“ (Teil 1, MVF 06/20), „Sonnen- und Schattenseiten bei der Führung von Großprojekten des Innovationsfonds“ (Teil 2, MVF 01/21) und der nun folgende Serienteil, der sich mit der „Evaluation komplexer Interventionen“ beschäftigt. Diese ist alles andere als trivial, wie inav-Wissenschaftler in aufeinander aufbauenden Vorträgen berichteten. In diesem Beitrag wird vor allem auf den Part der inav-Gesundheitsökonomin Dr. Linda Kerkemeyer eingegangen sowie teilweise auf den der Wissenschaftlichen Mitarbeiterin Michelle Kutscher. Ausgeblendet wird der Beitrag von Co-Referent Manuel Recker – ebenfalls Wissenschaftlicher Mitarbeiter bei inav –, der sich auf ausgewählte Zwischenergebnisse des Innovationsfondsprojekts IGiB StimMT fokussierte, die jedoch bald durch die bereits anstehende Publikation der Endergebnisse überholt sein werden.

>> Bei Innovationsfondsprojekten im Bereich der Neuen Versorgungsformen – wie zum Beispiel die „Strukturmigration im Mittelbereich Templin“, kurz IGiB-StimMT – handelt es sich oftmals um komplexe Interventionen. Diese werden, so Kerkemeyer, meist einfachen Interventionen gegenübergestellt, wobei ihrer Aussage nach hier festgehalten werden sollte, dass eine scharfe Trennung beider Begrifflichkeiten äußerst schwierig ist. Die Literatur definiert nach Worten der inav-Gesundheitsökonomin eine Intervention dann als komplex, wenn sie eine oder mehrere der folgenden Merkmale erfüllt:

- eine Vielzahl interagierender Komponenten.
- eine hohe Anzahl involvierter Patientengruppen, Leistungserbringer, Organisation oder weiterer Akteure unterschiedlicher sozialer, wirtschaftlicher, kultureller, ökologischer oder politischer Kontexte und Settings.
- Interdisziplinarität und Multisektoralität.
- Mehrere Indikationen mit entsprechend intendierten Outcomes.
- Lernfähigkeit und Anpassungsvermögen der Intervention durch Rückkopplungs- bzw. Feedback-Schleifen.
- Und/oder Beeinträchtigung der Wirksamkeit der Intervention durch das Verhalten derjenigen, die die Intervention erbringen bzw. erhalten.

Komplexität sei aber nicht unbedingt ein Charakteristikum der Intervention selbst. Komplex könne, so Kerkemeyer, zum Beispiel auch das Setting sein, in dem eine Intervention implementiert werden soll. Komplexe Interventionen bestünden zudem aus mehreren Einzelkomponenten, die sich wechselseitig bedingen. Das Medical Research Council, das auch die vorangegangene Definition aufgestellt hat,

hat ein Phasenmodell zur Entwicklung und Evaluation von komplexen Interventionen vorgeschlagen. Dieses Modell lässt sich mit dem PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) vergleichen und beschreiben. Erst wird eine Entwicklung gestartet, dann folgt eine Pilotphase, beendet von einer umfassenden Evaluation, die ein Reporting beinhaltet, nach dem die als erfolgreich erkannten Ergebnisse implementiert werden sollen.

Laut Kerkemeyer stelle sich hier die Frage, mit welchen Instrumenten komplexe Interventionen evaluiert werden sollen. Dies können aus diversen Gründen meist keine randomisierten kontrollierten Studien, kurz RCT, sein, die als Goldstandard bei der Evaluation einfacher Interventionen gelten. Im Zuge der Evaluation komplexer Interventionen müsse Kerkemeyers Worten zufolge ein Umdenken stattfinden. Das habe auch damit zu tun, dass Evaluationen in der Vergangenheit primär dem Nachweis von Wirksamkeit gedient haben. Mittlerweile rücke jedoch immer stärker in den Fokus, dass Evaluationen ein „bedeutend größeres Spektrum aufweisen als reine Wirksamkeitsbeurteilungen“. So trete vermehrt anstelle des Beweisens der ursprüngliche Evaluationszweck des Lernens in den Vordergrund des Evaluationsinteresses. Der Grund dafür sei, dass das Verstehen von Veränderungsprozessen mitunter einen viel größeren Benefit produzieren könne als reine Wirksamkeitsbeweise mit bisweilen nur geringen Effektstärken.

Bei der Evaluation komplexer Interventionen werde darum oft ein Mixed-Methods-Design angewandt, wobei der Begriff der „Mixed Methods“ als Überbegriff für verschiedene Konzepte der Methodenkombination verwendet werde. Kerkemeyer: „Demnach kann Mixed Methods bedeuten, dass die Kombination qualitativer und quantitativer Analyseschritte bereits in

der Methodik fest konzipiert ist. Oder auch, dass für eine Fragestellung in verschiedenen Untersuchungsphasen unterschiedliche, also qualitative und/oder quantitative Methodenansätze verfolgt werden.“ Und bei der Verknüpfung quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden könnten wiederum Integrations- und Kombinationsmodelle umgesetzt werden. Hier würde man zwischen Vorstudien-, Verallgemeinerungs- und Vertiefungsmodellen unterscheiden.

Die Evaluation komplexer Interventionen könne nun eine Kombination aus einer Dachevaluation und/oder komponentenspezifischen Einzelevaluationen sein. Zudem sollten Ergebnis-, Prozess- und gesundheitsökonomische Evaluation oder mindestens einzelne Teile in jedem Fall in der Evaluation komplexer Interventionen berücksichtigt werden:

- Ergebnisevaluation meint den Vergleich zwischen postuliertem Ziel und dem letztlich erreichten Zielzustand zum Beispiel Prä-Post-Vergleich, Soll-Ist-Vergleich, Gruppenvergleiche.
- Die Prozessevaluation beschreibt die Veränderung von Prozessen und Strukturen wie zum Beispiel Barrieren und Schwierigkeiten bei der Umsetzung, Implementierungsfehler, aber auch wie und wann die Umsetzung erreicht wurde.
- Die gesundheitsökonomische Evaluation fokussiert die Identifizierung und Quantifizierung von Kosten und Nutzen.

Vor allem aber erfordere, da ist sich Kerkemeyer absolut sicher, die Evaluation komplexer Interventionen „ein Umdenken und Kreativität“.

Wie sieht nun das Evaluationskonzept genau aus, das bei IGiB-StimMT angewandt wurde? Das erklärten Michelle Kutscher und Manuel Recker,

### Link

<https://fachtagung2020.igib-stimmt.de/>

Methodik der IGiB-StimMT-Evaluation					
Quantitativ			Qualitativ		
Strukturdaten	Gesundheits- ökonomische Evaluation	Effektevaluation (Fragebögen)	Zufriedenheits- befragung Leistungs- erbringer	Stakeholder- Befragung	Teilnehmende Beobachtung
<b>Grundversorger-Gemeinschaft (GVG)</b>			X	X	
Behandlungspfad Rückenschmerz	X	X			
Behandlungspfad Herzinsuffizienz	X	X			
Behandlungspfad Adipositas	X	X			
<b>Strukturmigration zum Ambulant-Stationären Zentrum (ASZ)</b>			X	X	
Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ)	X				X
Ärztliche Bereitschaftspraxis (ÄBP)	X				
Decision Unit	X				
Strukturierte Harninkontinenzversorgung	X	X			

Abb. 1: Methodik der IGiB-StimMT-Evaluation. Aus Vortrag: Kutscher und Recker, gehalten anlässlich der Online-Fachtagung „Strukturmigration mittels komplexer Intervention“ der IGiB StimMT gGmbH. Quelle: inav GmbH.

beide Wissenschaftliche Mitarbeiter bei dem mit der Evaluaton beauftragten Institut für angewandte Versorgungsforschung (inav) in Berlin.

In einem nahezu einzigartigen Setting und Kontext wie bei IGiB StimMT sei laut Kutscher eine standardisierte Evaluation nicht ohne Weiteres möglich. Kutscher: „Je komplexer, vielschichtiger und dynamischer eine Intervention ist, desto höher sind auch die Anforderungen an den Evaluationsansatz.“ Daher wählte inav für die Evaluation der hier vorliegenden komplexen Intervention den bereits genannten Mixed-Methods-Ansatz mit einer Kombination aus qualitativen und quantitativen Methoden.

Die Evaluation von IGiB StimMT basiert dabei auf drei Säulen:

- Die erste Säule bildet die Struktur- und Prozessanalyse. Hierzu zählten die Strukturdatenerhebung, die Zufriedenheitsbefragung der Leistungserbringer, die Stakeholderbefragung sowie die teilnehmende Beobachtung.
- Die zweite Säule bildet die gesundheitsökonomische Evaluation. Hier werde eine Effektivitätsanalyse und eine Kostenanalyse durchgeführt, die mithilfe von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärztlichen Vereinigung gerechnet würden.
- Die dritte Säule bildet die Ergebnisevaluation einzelner Versorgungsmodulen. Hierzu zähle ein Effekt der Evaluation der Behandlungspfade sowie des strukturierten Behandlungsprogramms Harninkontinenz mittels des Einsatzes von Fragebögen.

Um zu zeigen, wie eine derartige Evalu-

tion aussehen kann, präsentierten Kutscher und Recker erste Ergebnisse der Teilprojekte Koordinierungs- und Beratungszentrum (KBZ), der Ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxis (ÄBP) und der Decision Unit (DU), die mithilfe von Strukturdaten quantitativ analysiert worden sind. Die Strukturdatenerhebung sei wiederum im Sinne einer Beobachtung bzw. Querschnittstudie erfolgt, wobei die verschiedenen Zielparameter für die Strukturdatenanalyse aus unterschiedlichen Datenquellen ermittelt wurden. Einerseits seien die Daten im Projekt separat dokumentiert, andererseits aus den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, aus dem Krankenhaus Informationssystem des Sana Krankenhauses Templin und aus der Dokumentationssoftware des KBZ gezogen worden.

Die Strukturdatenanalyse diene nach Worten Kutschers dazu, die tatsächliche Inanspruchnahme der neuen Versorgungsbestandteile und -strukturen von IGiB StimMT durch die im Interventionsbereich angesiedelte Wohnbevölkerung in Templin abzubilden. Die Analyse anhand quantitativ erhobener Daten hätte Aussagen über den

Implementierungsgrad der Versorgungsangebote ermöglicht. Dazu wurden die Strukturdaten übergreifend über die verschiedenen Versorgungsmodulen zunächst in einen Soll-Ist-Abgleich eingebracht. Durch die Subtraktion des Soll-Werts vom Ist-Wert würde sich eine Differenz ergeben, die eine Beurteilung des Erfolges ermögliche und Hinweise darauf liefern könne, ob in bestimmten Bereichen gegebenenfalls ein Umsteuern bzw. Neujustieren des jeweiligen Interventionsbestandteils erforderlich sei.

Neben der Strukturdatenerhebung fließen in die Evaluation der Versorgungsmodulen jedoch auch andere Daten ein, wie etwa jene aus der Stakeholderbefragung sowie der teilnehmenden Beobachtung. Bei IGiB StimMT sei die Stakeholderbefragung mittels leitfadengestützter Interviews zu zwei Zeitpunkten – zu Beginn und zum Ende des Projektes – durchgeführt worden. Dazu hätten verschiedene Multiplikatoren aus dem Mittelbereich Templin wie beispielsweise der Bürgermeister, aber auch Vertreter der ambulanten Haus- und Fachärzte und der ambulanten Pflegedienste gehört. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

### Über IGiB-StimMT

Das Projektvorhaben Strukturmigration im Mittelbereich Templin, kurz StimMT, ist ein Projekt der IGiB GbR (AOK Nordost, BARMER, KV Brandenburg) und der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH. Zur Umsetzung des Projektes wurde die IGiB-StimMT gGmbH gegründet. Die IGiB-StimMT gGmbH und die weiteren Konsortialpartner (Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH, AOK Nordost, BARMER, KV Brandenburg sowie die KV COMM GmbH, AGENON GmbH und inav GmbH) hatten zum Ziel, die regionalen Versorgungsstrukturen und -prozesse im Mittelbereich Templin bedarfsorientiert und regionalspezifisch auf die veränderten Bedingungen des demografischen Wandels auf den Weg zu bringen. Dazu entstand am Standort des heutigen Krankenhauses Templin ein Ambulant Stationäres Zentrum (ASZ) Templin, begleitet von einem Um- und Neubau. Von 2017 bis Ende 2020 wurde das Projekt aus dem Innovationsfonds gefördert.